Contrôle communautaire des services de santé de base au niveau local, en Ouganda

Researchers:

Martina Björkman Nyqvist

Jakob Svensson

Damien de Walque

Sector(s): Santé

Location: Uganda

Sample: 50 dispensaires et environ 5 000 foyers répartis sur neuf districts

Target group: Health care providers Rural population

Outcome of interest: Citizen satisfaction Mortality Transparency and accountability Service provider performance Take-up of program/social service/healthy behavior

Intervention type: Information Community monitoring

AEA RCT registration number: AEARCTR-0000501

Research Papers: Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment of a Community...

Partner organization(s): Government of Uganda Ministry of Health, Swedish International Development Agency (SIDA), World Bank

Policy issue

Près de 11 millions d'enfants de moins de 5 ans décèdent chaque année, dont près de la moitié en Afrique Sub-saharienne. Et plus d'un enfant sur deux succombe à une maladie telle que la pneumonie, le paludisme, les oreillons. Bien que les mesures de prévention et de traitement de ces affections soient relativement peu coûteuses, beaucoup n'ont pas accès aux services nécessaires. L'une des raisons peut être l'inefficacité des systèmes de contrôle et l'absence de confiance entre les personnels de santé et la population. En effet, lorsque les prestataires de services ne sont pas correctement encouragés à effectuer un travail de qualité, on peut se retrouver avec un fort taux d'absentéisme et des services de soin de faible qualité. La contribution des usagers aux services publics peut entraîner des améliorations étant donnés qu'ils sont ceux qui tirent le plus de bénéfices de la qualité des prestations offertes.

Context of the evaluation

L'Ouganda, comme de nombreux pays africains récemment indépendants, disposait au début des années 60 d'un service de santé qui fonctionnait. Néanmoins les troubles politiques qui ont secoué le pays ont provoqué un effondrement des services publics. Le gouvernement a mis en place des programmes de restructuration du secteur de la santé publique dont les réelles améliorations se font cependant toujours attendre.

Les dispensaires ruraux représentent le niveau le plus local du système de santé ougandais ; ils fournissent à la population des prestations de prévention telles que des consultations de soins et de maternité et des analyses de laboratoire. Il existe plusieurs personnes chargées d'auditer et contrôler l'activité des dispensaires, comme les membres de la Commission de Gestion des Unités de Santé (Health Unit management Committee) qui supervisent la gestion au jour le jour de ces dispensaires, sans pour autant disposer du moindre pouvoir de sanction envers leur personnel. Le Sous-district de la Santé (Health Sub-district), c'est à dire l'échelon situé juste au dessus, est censé exercer un contrôle sur le financement, la délivrance de médicaments et la fourniture de services, cependant les contrôles sont peu fréquents. Seuls l'Officier Administratif en Chef du District ainsi que la Commission du Service de District ont le pouvoir de suspendre ou licencier les membres du personnel. Les dispensaires fonctionnent généralement avec un professionnel de santé, deux infirmier(ère)s et deux aide-soignant(e)s et rien n'est fait pour les encourager à fournir plus d'efforts.

A baby is weighed in a health clinic. Photo: Aude Guerrucci | J-PAL/IPA

Details of the intervention

Les chercheurs ont effectué un audit de 50 dispensaires choisis aléatoirement et répartis sur neuf districts, afin d'évaluer si un contrôle exercé par la collectivité locale serait susceptible d'affecter les prestations du personnel de santé et quel impact ce contrôle pourrait avoir sur l'utilisation des dispensaires et sur leurs résultats.

Les ONG locales ont participé à l'organisation de trois séries de réunions aux alentours de 25 dispensaires affectés de manière aléatoire au groupe test. Dans la première, quelques 150 membres de la collectivité, appartenant à la fois aux familles les plus démunies mais aussi à l'élite locale, ont discuté de l'état de leur dispensaire et de la meilleure façon d'améliorer la qualité des prestations offertes. La deuxième réunion a permis de réunir le personnel des dispensaires afin de comparer leur point de vue

sur le service offert avec celui des usagers des services. La troisième réunion a mis en contact des membres de la communauté et du personnel des dispensaires afin de discuter des droits des patients et des responsabilités du personnel de santé. Ces trois réunions ont abouti à l'élaboration d'un plan d'action partagé, ou contrat, stipulant les points d'accord entre la communauté et le personnel sur ce qui devait être fait, comment, quand, et par qui. Elles avaient pour but d'inciter les communautés à exercer une certaine forme de contrôle. De nouvelles réunions ont été organisées six mois plus tard (réunions avec le personnel des dispensaires et réunions communes) pour faire le point sur l'état d'avancement du plan d'action et suggérer d'éventuelles améliorations.

L'enquête ciblait à la fois les personnels de santé et un groupe de foyers sélectionnés aléatoirement et vivant aux alentours d'un dispensaire. Elle s'est déroulée avant l'intervention puis un an plus tard et a été complétée par des documents administratifs et des contrôles visuels directs effectués dans les dispensaires.

Results and policy lessons

Impact sur la qualité des soins : Un an après la première série de réunions, 36 % des dispensaires de village avaient installé des boîtes à suggestions, 20 % avaient mis en place un système de tickets numérotés pour les files d'attente, par rapport au groupe témoin. Le temps d'attente était réduit de 12 minutes et l'absentéisme de 13 % alors que l'hygiène et la propreté dans les dispensaires avaient globalement été améliorées.

Impact sur la santé : Dans le groupe test, l'utilisation des services de consultation en dispensaire avait augmenté de 20 %, le nombre de femmes se rendant au dispensaire pour accoucher de 58 % et celui des patientes s'y rendant pour une consultation prénatale de 19 %. Les services de planning familial étaient également plus souvent consultés, avec une augmentation de fréquentation de 22 % et le taux de vaccination était en augmentation pour tous les groupes d'âge, et plus particulièrement les nouveau-nés. Les ménages ont également diminué le nombre de leurs visites aux guérisseurs traditionnels et leur recours à l'automédication. Par rapport au groupe témoin, les populations test ont observé que le poids des jeunes enfants augmentait de 14 % de l'écart type et que la mortalité des enfants de moins de 5 ans diminuait de 33 %. Les variations de résultats d'un district à l'autre reflètent un lien étroit entre le degré de contrôle exercé par la communauté et l'utilisation des services de santé et le résultat sur le niveau de santé de la population.

Bjorkman, Martina, and Jakob Svensson. 2009. "Power to the People: Evidence From a Randomized Field Experiment on Community-Based Monitoring in Uganda." The Quarterly Journal of Economics 124(2): 735-69.